



Энигма острого пиелонефрита

© Михаил И. Коган

Ростовский государственный медицинский университет [Ростов-на-Дону, Россия]

Аннотация

В статье представлены исторические аспекты диагностики и лечения острого пиелонефрита. Раскрыты особенности хирургических подходов и тактики ведения пациентов с острым пиелонефритом, существовавшие в 70 – 80-е годы в СССР, а затем и в России. Высказывается авторский взгляд на проблему. Приведены данные исследований, направленных на изучение патофизиологии острого пиелонефрита, кардинально изменившие представления того времени о принципах лечения заболевания, а также отражён вклад автора в решение вопросов и организацию помощи пациентам с острым пиелонефритом.

Ключевые слова: острый пиелонефрит; хирургическое лечение; патогенез

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки. **Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

✉ **Корреспондирующий автор:** Михаил Иосифович Коган; e-mail: dept_kogan@mail.ru

Поступила в редакцию: 13.02.2023. **Принята к публикации:** 14.03.2023. **Опубликована:** 26.03.2023.

Для цитирования: Коган М.И. Энигма острого пиелонефрита. *Вестник урологии*. 2023;11(1):05-12. DOI: 10.21886/2308-6424-2022-11-1-05-12.

Enigma of acute pyelonephritis

© Mikhail I. Kogan

Rostov State Medical University [Rostov-on-Don, Russian Federation]

Abstract

The article presents historical aspects of the diagnosis and treatment of acute pyelonephritis. The features of surgical approaches and management tactics for patients with acute pyelonephritis in the 70-80s in the USSR and later in Russia are revealed. The author presents his view of the problem. The author presents the research data aimed at studying the pathophysiology of acute pyelonephritis, which cardinally changed the ideas of that time about the principles of disease management. The author's contribution to the issues and organization of care for patients with acute pyelonephritis is also reflected.

Keywords: acute pyelonephritis; surgery; pathogenesis

Financing. The study was not sponsored. **Conflict of interest.** The author declares no conflict of interest.

✉ **Corresponding author:** Mikhail I. Kogan; e-mail: dept_kogan@mail.ru

Received: 02/13/2023. **Accepted:** 03/14/2023. **Published:** 03/26/2023.

For citation: Kogan M.I. Enigma of acute pyelonephritis. *Urology Herald*. 2023;11(1):05-12. (In Russ.). DOI: 10.21886/2308-6424-2022-11-1-05-12.

Обязательно кто-нибудь из моих коллег подумает: «Ну вот ещё выдумка! Острый пиелонефрит (ОП) — загадка? Какая загадка?». И кое-кто из читателей будет прав. Они скажут, что ОП — довольно хорошо изученное воспалительное заболевание почек инфекционной природы, имеющее свои этиологию, патогенез, симптоматику, диагностику и лечение. И это будет верно, но отчасти!

Никогда не будет ясно всё о каком-либо заболевании. В какие-то отрезки времени исследователи совершают рывки, прорывы в знаниях о том или ином заболевании, но вдруг оказывается, что и оно (заболевание) изменилось. Болезни эволюционируют вместе с нами. И потребность в необходимости понимания изменений в симптомах, причинах, механизмах болезни существует сейчас и будет существовать в будущем.

Лучшим примером, иллюстрирующим эту мысль, является текущая пандемия COVID-19, когда за два года её развития весь мир столкнулся с небывалой скоростью мутаций вирусов, различиями в их контагиозности и вирулентности.

Но давайте вернёмся к острому пиелонефриту. Что я имел в виду, когда написал, что ОП нам ясен отчасти? Для того, чтобы в этом разобраться и мне и всем, давайте, коллеги, вернёмся мыслями в 60 – 70 годы XX века. Кто-то подумает: «А зачем так далеко назад?». На самом деле — зачем? А дело в том, что идея и практика того времени определила многое в судьбах пациентов и врачей на многие десятилетия вперёд и продолжает определять до сих пор.

Итак, вернусь в прошлое...

В 1971 году после интернатуры по хирургии я был принят на должность дежурного уролога урологического отделения больницы скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону. Отделение было единственным в городе: 90 коек с круглосуточной работой все 365 дней в году с оказанием также и плановой помощи. На базе отделения работала кафедра урологии во главе с проф. Виктором Васильевичем Красулиным. Меня учили медицине, урологии, а также умению уважать больных, коллег, понимать приказы и распоряжения руководителей. Приходит 1974 год, и вдруг новация: острый пиелонефрит объявляется заболеванием не только терапевтическим, но и хирургическим. Ставится задача в неотложном порядке дифференцировать острый серозный и острый гнойный пиелонефрит, своевременно выявлять сепсис, бактериотоксический шок. Всем пациентам во время дежурства с диагнозом ОП необходимо производить немедленно обзорную и экскреторную урографию с сергозином или кардиотрастом. Наличие обструкции мочеточника — показание к немедленной катетеризации мочеточниковым катетером. Что такое стенты и ЧПНС, мы тогда не знали! Если мочеточниковый катетер не проходит зону обструкции, то это показание к срочной открытой пиело- или нефростомии. А если терапия в течение трёх суток острого пиелонефрита не приносит успеха, то есть нет снижения лихорадки, уменьшения токсического синдрома, почечной боли, то необходимо срочное выполнение люмботомии, нефролиз, декапсуляция поч-

ки, иссечение капсулы, вскрытие апостем, крестообразное рассечение карбункулов.

Во второй половине 1974 года было произведено четыре эксплорации почки по поводу гнойного поражения, в 1975 году их было более 20, а затем их количество год от года составляло от 60 до 80. Помимо этого выполнялись и нефрэктомии в случаях тотальной гнойной деструкции, 15 – 20 в год.

В чём же была особенность так называемых, как теперь принято говорить, органосохраняющих операций при ОП? Исходное состояние больных перед операцией всегда было тяжёлым или даже крайне тяжёлым. Гиперпирексия, часто нестабильная гемодинамика, высокая тахикардия, почечная и / или печёночная недостаточность, признаки сепсиса, бактериотоксического шока. Особенно тяжелы были больные сахарным диабетом, с единственно функционирующей почкой, артериальной гипертензией, а также беременные.

Операция требовала широкого поясничного доступа типа Федорова, то есть поперечной люмботомии. Иногда доступ Bergmann-Israel. Разрез передней брюшной стенки занимал не менее 30 минут, кровоточащие сосуды надо было пережать зажимами, перевязать или прошить, шовный материал — кетгут, капрон, шёлк. Вход в забрюшинное пространство не всегда был прост: отёчная, кровоточащая паранефральная клетчатка, местами плотная, гнойно-инфильтративная, порой трудно отделяемая от капсулы почки. После нефролиза предстояло по наружному краю почки расщепить капсулу по всему её длиннику, затем захватить края капсулы зажимами и снять её с поверхности почки. И тут обнажались мелкие гнойнички (апостемы), либо одиночные / множественные карбункулы, либо и то и другое. Почечная поверхность всегда при этом кровоточила, причём нередко — обильно. Надо было вскрыть скальпелем мелкие абсцессы, а их порой десятки, и крестообразно вскрыть карбункулы, кровотечение могло усиливаться. Лоханочный или нефростомический дренаж также мог усилить кровоточивость тканей. Дренажные трубки тех времён — красные, резиновые. Только в начале 80-х годов появились ПВХ-трубки от систем переливания крови. В забрюшинную рану около почки устанавливали 2 – 3 дренажных трубки, резиново-марлевые тампоны. Конечно, гной, ткань

карбункулов брали на бактериологическое исследование, гистологию. Рану передней брюшной стенки и поясницы ушивали.

Операции производились и в ночное, и в дневное время. Бригада из двух врачей была обязана владеть полным объёмом вмешательства при ОП. Далеко не всегда эти операции проходили быстро, могли затянуться до 2,5 – 3 часов и более. Для врача особенно трудным было решиться на эту операцию. Ведь очень не хотелось сделать её при якобы серозном пиелонефрите. А если вдруг врач не находил апостем или карбункулов, то начинали мучать угрызения совести, что поторопился с операцией, не всё взвесил. Каждая утренняя сдача дежурства была для ответственного дежурного врача серьёзным испытанием на профессионализм. Дежурство всегда принимали профессор и заведующий урологическим отделением к.м.н. Левин Эрвин Георгиевич. «Разборки» могли затянуться на 30 – 40 минут, так как в 70-е годы за сутки госпитализировалось до 10 – 12 (иногда до 15) человек. Стремление сдать дежурство без замечаний жило в каждом из наших врачей, а через день, два или максимум три снова предстояло суточное дежурство. Большинство коллег работало на 1,5 ставки, а это 10 дежурств. Летом выпадало и по 12 – 13 дежурств в месяц. Помимо ОП в неотложном порядке оперировали и камни почек и мочеточников, аденому предстательной железы, травмы и т. д. Но операции по поводу ОП считались самыми тревожными для врача, самыми небезопасными для больного.

Послеоперационный период представлял не меньшие проблемы. Спектр антибиотиков — натриевая и калиевая соли, пенициллина, стрептомицин. Их назначали каждому пациенту. Из антибактериальных препаратов — per os уросульфам, этазол. Инфузионная терапия — 0,9% физиологический раствор, раствор Рингера, гемодез, полиглюкин. Часто переливали кровь, желатин. Уход за ранами требовал участия врача (нагноение ран, задержка отделяемого, расхождение ран, большие раневые каналы после удаления марлевых тампонов).

Большинство больных после операции находилось в более тяжёлом состоянии, чем до операции, на протяжении 3 – 5 суток. Больные с трудом поворачивались в постели на бок, тяжёлая интоксикация,

слабость. перевязки часто делались в палатах. Больные в течение нескольких суток нуждались в наркотических анальгетиках (морфин, омнопон, промедол). Далеко не всегда существовала возможность разделить в палатах «гнойных» и «чистых» больных. Госпитализм бесспорно был и процветал, но в этом мало что мы все тогда понимали. Больные продолжали лечиться после операции около 20 – 25 дней, а некоторые и до 3 месяцев. К началу 80-х годов появился хирургический опыт у дежурных врачей. Экскреторная урография с трёхтомными контрастными веществами стала более надёжным способом в диагностике обструкций верхних мочевых путей. Появились более эффективные антибиотики и антибактериальные препараты, инфузионные средства. Но потоки больных с ОП не ослабевали, количество операций по поводу гнояных деструкций почек не уменьшалось на протяжении 80-х годов. И, конечно, самой ужасной во всей этой истории была летальность, иногда интраоперационная, но, как правило, послеоперационная. Прогрессирующий гнойный процесс в забрюшинном пространстве, сепсис, полиорганная недостаточность были основными причинами летальных исходов.

Приведу короткую статистику: в 1985 – 1989 годы прооперировано 329 больных с ОП, в 65,7% случаев ОП обструктивный, в 15,8% (52 женщины) — гестационный. Гистологически: апостематоз — 8,2% наблюдений, карбункулы — 59,0%, апостемы + карбункулы — 32,8% случаев. В первые сутки госпитализации оперировано 39,0% больных, на 2 – 3-и сутки — 43%, остальные позднее. Нефрэктомия произведена 14,6% больных, в других случаях (85,4%) — органосохранение. Послеоперационная летальность — 12,9%, а при бактериотоксическом шоке — 14,7% [1].

В 1985 году мне было поручено возглавить курс урологии ФПК на базе урологического отделения БСМП и я по сути стал делить ответственность за лечебную работу отделения с его заведующим Э. Г. Левиным, моим клиническим учителем, у которого я проработал до этого в отделении 14 лет. Это было психологически не просто, но я продолжал учиться у опытного Эрвина Георгиевича и урологии, и культуре общения.

1986 и 1987 годы текли напряженно

в связи с завершением работы над докторской диссертацией, её апробациями в НИИ урологии МЗ РСФСР и защитой в ноябре 1987 года.

Однако сразу после защиты я стал задумываться над тем, как подойти к изучению терапии и хирургии ОП с тем, чтобы понять верно ли понимается мною проблема в целом, нет ли каких-либо заблуждений, прежде всего, какова достоверность знаний о сути болезни, каковы критерии истинности понимания природы болезни, её течения, каковы источники тех знаний, что управляют нашей тактикой ведения больных. С чего-то надо было начать. Надо было найти единомышленников, и тут мои мысли получили отклик со стороны реанимационной службы БСМП.

Почему реанимационной? Да потому что наиболее тяжёлых больных после операций вели реаниматологи. С ними мы ежедневно и многократно обсуждали ведение больных, объёмы терапии, необходимость в ряде случаев выполнения вторичных нефрэктомий, то есть после первичной декапсуляции.

Прежде всего необходимо было точно понять, почему больные после операции становятся более тяжёлыми. Здесь нужны были нестандартные для того времени подходы.

С молодым доктором Ушаковой Натальей Дмитриевной, ныне доктором медицинских наук, профессором, ведущим научным сотрудником Ростовского национального медицинского исследовательского центра онкологии, было запланировано кандидатское исследование «Экстракорпоральные методы лечения в комплексной терапии острого гнойного пиелонефрита». Первым делом были крайне щепетильно изучены не только клинические параметры эндотоксикоза, но и широкий спектр его лабораторных признаков в соответствии с научными возможностями того времени (лейкоцитарные индексы интоксикации-ЛИИ, среднемолекулярные полипептиды крови и мочи из оперированной и контрлатеральной почек, β_2 макроглобулины (β_2 МГ) крови и мочи из обеих почек).

В итоге удалось достоверно установить, что в первые сутки после операции ЛИИ превышает норму в 9 раз и достоверно выше, чем до операции, также выше уровни среднемолекулярных пептидов в крови

(в 3 раза), в моче (в 3,5 раза), β_2 МГ крови (в 7 раз), β_2 МГ мочи (в 8 раз). Причём, при сравнении проб мочи из оперированной и контрлатеральной почек было выявлено резкое угнетение и клубочковой, и канальцевых функций как оперированной, так и якобы благополучной «другой» почки, естественно, в большей мере были поражены функции гнойной почки. Как оказалось, к 5 – 7-м суткам после операции не происходило достоверного снижения показателей эндотоксикоза, а некоторые показатели даже возрастали. И только к 10 – 14-м суткам эндотоксикоз становился достоверно менее значимым. При этом нами была отмечена высокая корреляция клинических и лабораторных показателей в течение послеоперационного периода. К концу 2 недель после операции ни в одном случае не было выявлено нормализации критериев, характеризующих токсический синдром [1].

Совершенно естественным образом надо было искать новые возможности для послеоперационной терапии больных. Выход нашёлся во внедрении в практику методик экстракорпоральной детоксикации (ЭД): гемосорбции, плазмафереза и т. д. Особенно эффективными оказались эти подходы в лечении наиболее тяжёлых больных с бактериотоксическим шоком, полиорганной недостаточностью, тяжёлой коморбидностью. Применение ЭД уже в первые сутки после операции показало более быструю динамику восстановления клинических и лабораторных показателей важнейших функций почек, печени, сердца. Благодаря ЭД удалось снизить летальность с 12,9% до 4,2%, в том числе и при бактериальном шоке — с 14,7% до 4,0%, уменьшить количество вторичных нефрэктомий с 5,8% до 1,0% [1]. Успех безусловно был, но летальность не была ликвидирована, лечение в реанимации оставалось борьбой за выживание больных, требовались ежедневные и невероятные усилия по лекарственному лечению.

К началу 90-х годов (1990 – 1992) стали появляться новые антибиотики (фторхинолоны, цефалоспорины), в 1990 году в БСМП нами была запущена первая в г. Ростове-на-Дону и на всем Юге РСФСР рентгенооперационная, удалось освоить ЧПНС под рентген-контролем, в 1991 году была введена в практику срочная уретероскопия, в 1992 году появился первый скромный

ультразвуковой аппарат, но в 1993 году самый продвинутый — компании «Brüel & Kjær A/C», мод. 3535.

Начали меняться наши диагностические и лечебные возможности, но ОП продолжал бушевать. На одной из ростовских конференций в марте 1993 года было заявлено, что Ростовская область наряду с некоторыми другими поражена эпидемией гнойного пиелонефрита, включая беременных. Не хочу здесь приводить авторство этих слов, тем более что автор был причастен к «научному» обоснованию тотальной хирургии гнойного пиелонефрита. Я к этому времени уже не только думал иначе, но ещё в 1991 – 1992 годах начал воплощать своё видение ОП в реальную практику БСМП. Предстояло отказаться от хирургии ОП в виде декапсуляций, рассечения карбункулов. Многочисленные дискуссии с моими коллегами по кафедре и урологическому отделению об изменении подхода к лечению гнойного пиелонефрита, поддержка заведующего отделением мудрого Э. Г. Левина постепенно стали давать результат. Буквально ежедневно и круглосуточно по каждому больному вели мониторинг клинических и лабораторных показателей токсического синдрома. Решения принимали коллегиально, в наиболее тревожных ситуациях — консилиумом.

Эти годы (1991 – 1993) были годами назревающего перелома. Летом 1993 года я провёл совещание с главным урологом области Сергеем Анатольевичем Лебедевым и сотрудниками областной больницы. Взвесили все «за» и «против», после чего С. А. Лебедев поддержал меня. Больных с ОП перестали оперировать в центральных райбольницах, санавиацией их транспортировали в областную больницу, где постепенно сокращали хирургию и наращивали опыт интенсивной терапии. С 1994 года органосохраняющие операции типа декапсуляции, иссечения карбункулов в г. Ростове-на-Дону и в области уже не производились. Остались нефрэктомии у наиболее тяжёлой группы больных, дренирующие операции при сформировавшихся абсцессах почек и паранефрия. Конечно, наиболее социально тревожной группой больных по-прежнему являлись беременные женщины с острым пиелонефритом. Постоянный контроль руководства больницы, с одной стороны, помогал нам, а с дру-

гой — поддерживал у меня и моих коллег урологов и реаниматологов постоянный стресс. Мне иногда приходилось многими часами не уходить из реанимации. Постепенно и наши руководители свыклись с консервативной тактикой. Хотя порой бывали и острые «разборки», столкновения мнений, в том числе в горздравотделе. Но надо отдать должное всем, никто не хотел вернуться в 70 – 80-е годы. Никто не хотел смертей беременных, плодоразрушающих операций, преждевременных родов. Всех тревожило только то, что мы делали не так, как написано в книгах. И как бы чего не случилось! Конечно, случиться что-то могло, но мы все вместе создавали систему ради ликвидации послеоперационной летальности, ради более быстрого выхода больных из шока, сепсиса, полиорганной недостаточности.

По понятным соображениям я нигде и никогда в России в те времена и позднее не сообщал и не писал об этом. Кто бы меня вообще тогда захотел слушать и понять? Но научные исследования по ОП я продолжал. Н. Д. Ушакова успешно защитила свою кандидатскую диссертацию в 1991 году. В паре с ней работал и перенимал опыт Беляевский Сергей Александрович, выполнивший кандидатскую диссертацию «Гипербарическая оксигенация и гемосорбция в комплексной интенсивной терапии острого гнойного пиелонефрита» (1995), основанную на лечении 112 больных в 1989 – 1993-х годах и показавшую ликвидацию послеоперационной летальности при сочетанном применении ГБО и гемосорбции с первых суток после операции [2]. Эта работа убедила меня в том, что раз ГБО и гемосорбция могут минимизировать риски летальности или даже предупредить их, то это был ещё один аргумент, что без операции эти методы надёжно справятся с эндотоксикозом.

Мне вообще была непонятна необходимость декапсуляции почки, вскрытия апостем и карбункулов. Возражения звучали так: «Ubi pus, ibi evasium». Я говорил: «Это так, но...». Гной ведь надо удалять из тела наружу, а мы его фактически выпускаем не наружу, а в забрюшинное пространство, а жировые футляры — это огромная площадь для всасывания гноя и бактерий. Некоторые сорвиголовы в стране даже налаживали промывную систему в забрюшинном пространстве, не понимая совсем, что

тем самым только усиливают токсический синдром. Я говорил, что бактериемия при ОП есть всегда, мы просто не можем её выявить в большинстве случаев, а раз она есть, то и в других органах и тканях развиваются инфекционно-воспалительные очаги, но мы же их не вскрываем. И вообще, почему не вскрывают круп в лёгких, инфильтраты в печени и т. д.? А вот почки мы «обдираем как липку». Зачем? Мне на самом деле эта хирургия представлялась необоснованной. Но всюду в стране её делали. Надо было продолжать искать научные подходы, чтобы разобраться в том, что меня беспокоило.

Одновременно с реаниматологами разработку ОП вели мои молодые коллеги-урологи Кравцова Татьяна Ярославовна и Павлов Сергей Валентинович [3, 4]. В диссертации Татьяны Ярославовны «Особенности острого пиелонефрита у больных сахарным диабетом» (1994) было убедительно показано, что летальность после нефрэктомии (29,4%) достоверно меньше, чем после органосохраняющих операций (39,5%), и также достоверно меньше послеоперационных осложнений (нагноение раны — 23,5% vs 57,9%, почечная недостаточность — 17,6% vs 39,5%, пневмонии — 17,6% vs 21,0%). Впервые в эксперименте с моделированием сахарного диабета, а также при изучении почек, удалённых у больных, было показано, что наибольшая гнойная деструкция развивается в зонах диабетической нефропатии, которая носит мозаичный характер. Весьма важным результатом исследования оказалось выявление поражения фагоцитарного компонента врождённого иммунитета у больных сахарным диабетом. Тяжесть лейкоцитарной дисфункции коррелировала с тяжестью гнойно-некротических поражений почки, что позволяло отслеживать динамику течения процесса в почках [3].

На оценке лейкоцитарных функций была построена и работа Павлова С. В. «Ферментная диагностика острого пиелонефрита» (1996). Анализ ферментемии и ферментурии привёл к пониманию того, что при клинически одностороннем остром пиелонефрите всегда имеет место угнетение канальцевой и клубочковой структур обеих почек. Даже при лёгком течении ОП канальцевые функции обеих почек не восстанавливаются в течение двух недель болезни, а при тяжёлом гнойно-деструктивном про-

цессе канальцевые и клубочковые функции только с 21-х суток начинают демонстрировать положительную динамику в сторону нормализации. Мы считали важным дифференциацию лёгкого и тяжёлого течения ОП с точки зрения прогнозирования процесса. Оказалось, что нет чёткой корреляции между тяжестью воспалительных изменений в почках и степенью выраженности эндотоксического синдрома. Так, яркая клиническая картина воспаления может развиваться как при грубой воспалительной деструкции в почке, так и при относительно нетяжёлых воспалительных изменениях в паренхиме почки. Оценить динамику течения ОП уже в первые трое суток болезни возможно путём определения в плазме крови лактатдегидрогеназы: её уровень позволяет судить о благоприятном или негативном течении ОП [4].

Исследование Павлова С. В. поставило жирную точку в моём понимании на тот момент клинической патофизиологии ОП:

1) необструктивный и односторонний обструктивный ОП — это всегда процесс двустороннего почечного поражения;

2) при ОП страдают как канальцевые, так и клубочковые функции почек;

3) процесс восстановления почечных функций при ОП является длительным (многонедельным) и требует мониторинга после завершения госпитального этапа лечения с целью выявления случаев остаточных последствий, неизлеченности, особенно у тех больных, которые перенесли острую почечную недостаточность.

Итак, на мой взгляд, краеугольным камнем в проблеме ОП явилось ошибочное классификационное разделение ОП на «серозный» и «гнойный» характер инфекционного воспаления в почке.

Эта точка зрения в те не очень далёкие времена и привела к формированию лечебной тактики ведения больных с ОП:

– «серозный» необструктивный ОП подлежит консервативной медикаментозной терапии;

– «серозный» обструктивный ОП подлежит дренированию верхних мочевых путей (катетеризация мочеточника, открытая пиелостомия или нефростомия) и терапии инфекционно-воспалительного процесса. В части случаев возможна в ходе открытой операции ликвидация причин обструкции (скажем, удаление камня);

– «гнойный» ОП требует декапсуляции, вскрытия очагов деструкции почки или даже их иссечения, а при нарушении оттока мочи — открытого дренирования лоханки почки, а также медикаментозной терапии инфекционного воспаления.

Так всё же откуда взялось представление о так называемом «серозном» ОП?

Во-первых, если мы полагаем, что основными возбудителями ОП являются бактерии семейства *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella* и др.) и некоторые стафилококки, то они, как хорошо известно, изначально вызывают гнойное, а не серозное воспаление. И это абсолютно так! Первое и очень глубокое заблуждение.

Во-вторых, я взял учебник «Патологическая анатомия» под ред. А. И. Струкова (1967), где на стр. 147 дано подробное описание серозного воспаления, которое представляет собой экссудат с содержанием 3 – 5% белка. Его причины — термические воздействия (например, ожоги с развитием пузырей), химическое воздействие, инфекционные агенты (микобактерия туберкулёза, менингококк, пневмококк) [5].

Как указано было в учебнике, локализация серозного воспаления имеет место в серозных полостях (брюшная и загрудинная полости, полости перикарда, суставов) и мозговых оболочках. В почках серозное воспаление наблюдается только (повторяю — только) в просвете капсул Шумлянско-Боумана. Исход серозного воспаления обычно благоприятный, в почках иногда может развиваться бесклеточный фиброз.

Хочу спросить аудиторию моих читателей о том, как эти базовые представления о серозном воспалении соотносятся со знаниями о патоморфологии острого пиелонефрита того времени и нынешнего. Да никак! Просто никак! Как связаны ОП и капсула Шумлянско-Боумана? В современном учебнике «Патологическая анатомия» (2019) А. И. Струкова и В. В. Серова полностью подтверждается информация 1967 года. Указывается, что серозный экссудат беден клеточными элементами, в том числе нейтрофилами [6].

Таким образом, истины, что изложены мною выше, абсолютно противоречат мышлению о том, что такое «серозный пиелонефрит», к сожалению, до сих пор сохранившемуся в отечественной урологии.

Я прочитал немало книг того времени, когда учился урологии, и вновь посмотрел их сейчас. Это следующие книги:

1. Пиелонефрит. А. Я. Пытель, С. Д. Голигорский (1977) [7].

2. Пиелонефрит у детей. Н. А. Лопаткин, А. Г. Пугачев, В. Е. Родоман (1979) [8].

3. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. О. Л. Тиктинский (1984) [9].

4. Острые заболевания почек и мочевых путей. А. В. Айвазян, А. М. Войно-Ясенецкий (1985) [10].

Во всех этих изданиях упоминается острый «серозный» и «гнойный» пиелонефриты. Кстати, эти представления мною найдены в отечественной и мировой литературе ещё в 30-х годах XX века. Я не докопался до их истоков, просто не ставил такую задачу. Какая разница для сегодняшнего дня, кто сказал: «Мяу»? Но вот почему эти заблуждения были с лёгкостью репродуцированы в классификациях А. Я. Пытеля (1969), II Московского Медицинского Института (1972), Н. А. Лопаткина (1982), для меня остаётся загадкой.

Мой взгляд — тяжёлым бременем обернулась для отечественной урологии, для здравоохранения СССР, а впоследствии и России, реализация концепции оперативного лечения апостематоза и карбункулов почек. Должен сказать, что ничего подобного мне не встречалось ни в европейских странах, ни в США, которые мне удавалось посещать, начиная с 1990 года. Никто из урологов множества зарубежных стран никогда и ничего не мог сказать мне о хирургии карбункулов и апостем почек.

Время бежит для всех нас своим чередом неумолимо, отворачивая меня от моих научных задач 80 – 90-х годов прошлого века. Однако память побудила меня написать об этом, ведь эта хирургия в моей стране не ушла в историю, она продолжается. Книги, учебники, якобы научные статьи вчера и сегодня пестрят ошибками недалёкого прошлого. А мне хочется, чтобы эти ошибки ушли в небытие, нам всем надо встряхнуться и заявить, что наше настоящее и будущее должно строиться на доказательной медицине.

И только так, а не иначе!

Список литературы | References

1. Ушакова Н.Д. *Экстракорпоральные методы лечения в комплексной интенсивной терапии острого гнойного пиелонефрита*. Автореферат дис. ...канд. мед. наук. Ростов-на-Дону; 1991.
Ushakova N.D. *Jekstrakorporal'nye metody lechenija v kompleksnoj intensivnoj terapii ostrogo gnojnogo pielonefrita* [dissertation]. Rostov-na-Donu; 1991. (In Russian).
URL: <https://medical-diss.com/medicina/ekstrakorporal'nye-metody-lecheniya-v-kompleksnoy-intensivnoy-terapii-ostrogo-gnojnogo-pielonefrita>
2. Беляевский С.А. *Гипербарическая оксигенация и гемосорбция в комплексной интенсивной терапии острого гнойного пиелонефрита*. Автореферат дис. ...канд. мед. наук. Ростов-на-Дону; 1995.
Beljaevskij S.A. *Giperbaricheskaja oksigenacija i gemosorbci-ja v kompleksnoj intensivnoj terapii ostrogo gnojnogo pielonefrita*. [dissertation]. Rostov-na-Donu; 1995. (In Russian).
URL: <https://www.dissercat.com/content/giperbaricheskaja-oksisgenatsiya-v-kompleksnom-lechenii-ostrogo-pielonefrita>
3. Кравцова Т.Я. *Особенности острого пиелонефрита у больных сахарным диабетом*. Автореферат дис. ...канд. мед. наук. Москва; 1994.
Kravcova T.Ja. *Osobennosti ostrogo pielonefrita u bol'nyh saharnym diabetom*. [dissertation]. Moscow; 1994. (In Russian).
URL: <https://medical-diss.com/medicina/osobennosti-ostrogo-pielonefrita-u-bolnyh-saharnym-diabetom>
4. Павлов С.В. *Ферментная диагностика острого пиелонефрита*. Автореферат дис. ...канд. мед. наук. Москва; 1996.
Pavlov S.V. *Fermentnaja diagnostika ostrogo pielonefrita*. [dissertation]. Moscow; 1996. (In Russian).
URL: <https://medical-diss.com/medicina/fermentnaja-diagnostika-ostrogo-pielonefrita>
5. Струков А.И. *Патологическая анатомия: учебник для мед. ин-тов*. Ленинград: Медицина; 1967.
Strukov A.I. *Patologicheskaja anatomija: uchebnik dlja med. in-tov*. Leningrad: Medicina; 1967. (In Russian).
6. Струков А.И., Серов В.В. *Патологическая анатомия: учебник*. Под ред. В.С. Паукова. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2019.
Strukov A.I., Serov V.V. *Patologicheskaja anatomija: uchebnik*. Paukov V.S., ed. Moscow: GJeOTAR-Media; 2019. (In Russian).
7. Пытель А.Я., Голигорский С.Д. *Пиелонефрит*. Москва: Медицина; 1977.
Pytel' A.Ja., Goligorskij S.D. *Pielonefrit*. Moscow: Medicina; 1977. (In Russian).
8. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Родоман В.Е. *Пиелонефрит у детей*. Москва: Медицина; 1979.
Lopatkin N.A., Pugachev A.G., Rodoman V.E. *Pielonefrit u detej*. Moscow: Medicina; 1979. (In Russian).
9. Тиктинский О.Л. *Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов*. Ленинград: Медицина; 1984.
Tiktinskij O.L. *Vospalitel'nye nespecificheskie zabolevanija mocheполоvyyh organov*. Leningrad: Medicina; 1984. (In Russian).
10. Айвазян А.В., Войно-Ясенецкий А.М. *Острые заболевания почек и мочевых путей*. Москва: Наука; 1985.
Ajvazjan A.V., Vojno-Jaseneckij A.M. *Ostrye zabolevanija почек i mochevyh putej*. Moscow: Nauka; 1985. (In Russian).

Сведения об авторе

Михаил Иосифович Коган — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ; заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
г. Ростов-на-Дону, Россия
<https://orcid.org/0000-0002-1710-0169>
dept_kogan@mail.ru

Information about the author

Mikhail I. Kogan — M.D., Dr.Sc.(Med), Full Prof., Honored Scientist of the Russian Federation; Head, Dept. of Urology, Pediatric Urology and Reproductive Health, Rostov State Medical University
Rostov-on-Don, Russian Federation
<https://orcid.org/0000-0002-1710-0169>
dept_kogan@mail.ru